



Fall-Nr.: IV 2018/309
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 21.07.2021
Entscheiddatum: 08.09.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 08.09.2020

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG: Gemäss einem beweiskräftigen Gutachten ist der Beschwerdeführer zu 80 % arbeitsfähig. Da er auch seine angestammte Tätigkeit in diesem Umfang noch ausüben könnte, ist der Invaliditätsgrad durch einen Prozentvergleich zu ermitteln. Somit besteht kein Rentenanspruch (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. September 2020, IV 2018/309).

Entscheid vom 8. September 2020

Besetzung

Präsidentin Marie Löhner, Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2018/309

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Gandi Calan, Anwaltskanzlei & Notariat Calan,
Obere Bahnhofstrasse 26a, 9500 Wil SG,

gegen



IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ (nachfolgend: Versicherter) meldete sich am 21. Dezember 2015 wegen Folgen einer idiopathischen intrakraniellen Hypertension (IIH) bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 141).

A.b. Ab 1. Juni 1984 waren dem Versicherten Leistungen im Zusammenhang mit einer Sprachstörung, einem juvenilen psychoorganischen Syndrom (POS) sowie Äquivalenten eines epileptischen Geschehens zugesprochen worden (IV-act. 2, Bericht Abklärung Sprachgebrechen vom 12. April 1984, IV-act. 6; Verfügungen 21. Februar 1986, IV-act. 28, 30, vom 16. Juni 1986, IV-act. 34, Mitteilung vom 12. Oktober 1989, IV-act. 39). Ein Lehrverhältnis als Sanitärmonteur hatte wegen physischer und psychischer Belastung per 31. Oktober 1995 aufgelöst werden müssen (Angaben Ausbildungsbetrieb vom 22. Dezember 1997, IV-act. 48). Eine ab 1. Januar 1996 ausgeübte Tätigkeit als Wachmann hatte ebenfalls wegen Krankheit aufgegeben werden müssen (Angaben Arbeitgeberin vom 28. Januar 1997, IV-act. 49). Am 26. November 1997 hatte sich der Versicherte wegen psychischer Probleme bei der IV zum Leistungsbezug angemeldet (IV-act. 44). Eine medizinische Abklärung bei den Kantonalen Psychiatrischen Diensten, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle B.____ (nachfolgend: SPD B.____) hatte die Diagnosen von sozialen Phobien (ICD-10: F40.1), einer abhängigen Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.7) und eines Zustandes nach Temporallappenepilepsie, differenzialdiagnostisch eines organischen Psychosyndroms, ergeben (Bericht vom 25. Mai 1999, IV-act. 60). Auf Vorschlag des SPD B.____ war dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. November 1996 eine ganze Rente zugesprochen worden (Bericht SPD B.____ vom 24. September 1999, IV-act. 69; Verfügungen vom



6. April 2000, IV-act. 75). Diese war im Revisionsverfahren mit Mitteilung vom 16. Mai 2001 bestätigt worden (IV-act. 80). Die Sozialen Dienste C.____ hatten am 21. Mai 2003 über eine Verbesserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes informiert und die Anhandnahme einer Berufsberatung beantragt (IV-act. 81). Gestützt auf Berichte des SPD B.____ vom 30. Juli 2004 (IV-act. 94-4 ff.) und des Berufsberaters vom 15./16. November 2004 und vom 28. Februar 2005 (IV-act. 97; IV-act. 105) war dem Versicherten zunächst eine berufliche Abklärung in der Institution D.____ vom 1. Dezember 2004 bis 28. Februar 2005 (Mitteilung vom 22. November 2004, IV-act. 100; Abklärungsbericht vom 28. Februar 2005, IV-act. 111), daran anschliessend ein Arbeitstraining vom 1. März bis 31. August 2005 (Mitteilung vom 3. März 2005, IV-act. 108; Zwischenbericht Berufsberatung vom 20./24. Juni 2005, IV-act. 117) und schliesslich die Kostenübernahme für eine erstmalige berufliche Ausbildung in Form einer Anlehre als Apparatemonteur, Fachrichtung Elektro, vom 8. August 2005 bis 7. August 2007, zugesprochen worden (Verfügung vom 30. August 2005, IV-act. 121). Diese hatte der Versicherte mit hervorragenden schulischen Leistungen erfolgreich abgeschlossen (Abschlussbericht Union vom 10. Juli 2007, IV-act. 133-1 f.; Zeugnis Berufs- und Weiterbildungszentrum E.____, IV-act. 133-5 f.; Anlehr-Ausweis vom 7. August 2007, IV-act. 133-3 f.). Die F.____ AG als Praktikumsbetrieb hatte ihm die Weiterbeschäftigung bis Ende Jahr zugesichert und die anschliessende Weiterbeschäftigung in Aussicht gestellt (Abschlussbericht Ausbildung vom 10. Juli 2007, IV-act. 133-2), worauf die IV-Stelle die Mitteilung erlassen hatte, berufliche Massnahmen seien ohne Rentenanspruch erfolgreich abgeschlossen worden (IV-act. 137). Ab August 2008 war der Versicherte für die G.____ bzw. H.____ und für die I.____ GmbH tätig gewesen (Auszug aus dem individuellen Konto [IK], IV-act. 148-1) und hatte am 1. August 2014 eine Stelle als Küchenplaner bei der J.____ AG angetreten (Angaben Arbeitgeberin vom 18. Januar 2016, IV-act. 155-2 ff.). Diese war ihm auf den 31. August 2015 wegen Krankheit gekündigt worden (Angaben Arbeitgeberin vom 13. Juli 2018, IV-act. 267; Kündigung vom 23. Juli 2015, IV-act. 155-10).

A.c. Der Versicherte war ab 22. Mai 2015 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (Fremdakten, act. 1-31 ff.) und wegen Kopfschmerzen und Schwindel abgeklärt worden (Bericht MRT Neurocranium vom 29. Mai 2015, Fremdakten, act. 1-27; Bericht Dr. med. K.____, Spezialarzt FMH für Hals- Nasen- Ohrenheilkunde, vom 1. Juni 2015,



Fremdakten, act. 1-26; Bericht Dr. med. L.____, Neurologie FMH, vom 11. Juni 2015, Fremdakten, act. 1-24 f.). Stationäre Konsilien der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) hatten zum Schluss geführt, als Ursache der neu aufgetretenen persistierenden Kopfschmerzen müsse ein im Liquor nachgewiesener erhöhter Druck angenommen werden. Als Ursache für die intrakranielle Hypertension kämen eine idiopathische Genese (Pseudotumor cerebri) sowie eine symptomatische Genese in Frage (Berichte vom 14. Juli 2015, IV-act. 204, und vom 16. Juli 2015, IV-act. 205). Die Krankentaggeldversicherung beauftragte die Polydisziplinäre Medizinischen Abklärungen (PMEDA) mit einem neurologischen Gutachten (Gutachten vom 14. September 2015; Dr. med. M.____, Neurologie FMH; Fremdakten, act. 1-8 ff.). Der Gutachter diagnostizierte einen Analgetika-Fehlgebrauch mit Analgetika-Kopfschmerz, differenzialdiagnostisch Migräne, Spannungskopfschmerz, sowie eine Adipositas Grad I. Er führte aus, der Versicherte nehme eine analgetische Mischmedikation in hoher (toxischer) Dosierung ein, und legte dar, das Vorliegen eines Pseudotumors cerebri sei keinesfalls gesichert und auch nicht überwiegend wahrscheinlich, also allenfalls möglich (Fremdakten, act. 1-16 f.). Trotz der angegebenen Schwere der Kopfschmerzsymptomatik erscheine der Versicherte nicht namhaft beeinträchtigt. Der klinische Eindruck mit fehlenden Hinweisen auf eine namhafte Gesundheitsstörung und die aktenkundigen Unschlüssigkeiten seien mit der Attestierung einer die Arbeitsfähigkeit tangierenden, überwiegend wahrscheinlichen Gesundheitsstörung nicht vereinbar (Fremdakten, act. 1-17).

A.d. Dr. med. N.____, Oberarzt Klinik für Neurologie KSSG, berichtete am 11. November 2015, bei einem grenzwertig erhöhten Liquoreröffnungsdruck seien 60 ml Liquor abgelassen worden, worauf sich die Symptomatik deutlich gebessert habe. Es wurde eine idiopathische intrakranielle Hypertension mit/bei bifrontalen Dauerkopfschmerzen, Schwankschwindel und zunehmender Sehstörung diagnostiziert (Austrittsbericht Klinik für Neurologie KSSG vom 11. November 2015, IV-act. 143-6 f.). Im Arztbericht vom 3. März 2016 (Eingang) hielt Dr. N.____ fest, im Gegensatz zum Vorgutachter halte er die Diagnose einer idiopathisch intrakraniellen Hypertension für gegeben. Die daraus resultierenden (chronischen) Kopfschmerzen seien plausibel und nachvollziehbar. Sie schränkten die Konzentrationsfähigkeit ein und begründeten einen vermehrten Pausenbedarf. Es könne ein 50 % bis 80 %-iges Gesamt-Pensum aufrecht erhalten



werden bei jedoch reduzierter Leistungsfähigkeit und vermehrtem Pausenbedarf, so dass letztlich eine auf etwa 50 % reduzierte Arbeitsfähigkeit resultiere (IV-act. 158).

A.e. Die Eingliederungsverantwortliche schloss ihren Fall am 7. April 2016 ab, da sich der Versicherte subjektiv nicht arbeitsfähig fühlte (Assessmentprotokoll, IV-act. 172), worauf die IV-Stelle das Leistungsbegehren hinsichtlich beruflicher Massnahmen abwies, da solche zurzeit nicht möglich seien (Mitteilung vom 28. April 2016, IV-act. 174).

A.f. Im Verlaufsbericht vom 21. Juni 2016 führte Dr. N.____ aus, es bestehe derzeit eine therapierefraktäre intrakranielle Hypertension. Diese führe zu starken, lageabhängigen Kopfschmerzen sowie einer Einschränkung der psychophysischen Belastbarkeit. Dies sei weiterhin nachvollziehbar. Derzeit sei aufgrund der nur mässigen Wirkung der Therapie in einer optimal adaptierten Tätigkeit die Arbeitsfähigkeit auf maximal 50 % zu schätzen (IV-act. 178).

A.g. Im Auftrag des Krankentaggeldversicherers wurde der Versicherte durch Dr. med. O.____, Neurologie FMH, vertrauensärztlich untersucht (Bericht vom 23. September 2016, Fremdakten, act. 2-2 ff.). Sie kam zum Ergebnis, die Diagnose einer idiopathischen intrakraniellen Hypertension bei klinisch präsentierten chronischen Dauerkopfschmerzen, Schwindel, Gesichtsfeldeinschränkung und neuropsychologischen Defiziten sei nach den Kriterien der International Headache Society gegeben (Fremdakten, act. 2-8 f.). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Küchenplaner sei der Versicherte vor allem durch Störungen der Konzentration und Aufmerksamkeit sowie durch eine Fatigue beeinträchtigt. Diese seien einerseits sekundär im Rahmen der beklagten Dauerkopfschmerzen, andererseits vermutlich primär im Rahmen der Grunderkrankung zu sehen. Die quantitative Beurteilung dieser Einschränkungen in einer leidensangepassten Tätigkeit bedürfe einer qualifizierten neuropsychologischen Untersuchung. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Küchenplaner sei der Versicherte derzeit nicht arbeitsfähig (Fremdakten, act. 2-9 f.). Eine psychologische Abklärung durch die Klinik für Neurologie des KSSG ergab im Wesentlichen schwere kognitive Minderleistungen in den räumlich-konstruktiven Fähigkeiten und leichte bis mittelschwere kognitive Minderleistungen im mnestischen Bereich sowie der geteilten Aufmerksamkeit. Insgesamt seien die objektivierten



St.Galler Gerichte

Minderleistungen als leichte neuropsychologische Störung zu werten. Zudem bestünden im klinischen Eindruck Schwierigkeiten in der Handlungsplanung, in der selektiven Aufmerksamkeit und Hinweise auf Auffälligkeiten in der visuell-räumlichen Aufmerksamkeit. Die objektivierten Befunde stimmten weitgehend mit den subjektiven Klagen überein. Unter Berücksichtigung der objektivierten Befunde, der Verhaltensbeobachtung, der visuellen Problematik, der Schmerzsymptomatik und der verminderten Belastbarkeit sei von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit auszugehen (IV-act. 192).

A.h. Der Versicherte wurde an das Schmerzzentrum des KSSG überwiesen, wo ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Aspekten (ICD-10: F45.41) bei idiopathischer intrakranieller Hypertension mit bifrontalen Dauerkopfschmerzen, Schwankschwindel und zunehmender Sehstörung diagnostiziert wurde. Es wurde berichtet, in Anbetracht der bereits erfolgten frustranen Therapiemassnahmen mit Ausschöpfen der medikamentösen Therapie bleibe lediglich ein multimodaler Ansatz, um Lebensqualität und Alltagsfunktion zu verbessern, sobald die Alltagsperformance die Therapie zulasse. Aufgrund der Kopfschmerzsymptomatik klagte der Versicherte über massive Konzentrationsstörungen und könne sich offensichtlich nur während zehn Minuten konzentrieren. Das Ausmass der Arbeitsfähigkeit in einer leichten Tätigkeit in wechselnder Position sei schwierig bzw. durch einen Arbeitsversuch zu definieren (Arztbericht Schmerzzentrum des KSSG vom 27. März 2017 [Eingang], IV-act. 209).

A.i. Im Auftrag der IV-Stelle wurde der Versicherte durch die medexperts AG polydisziplinär begutachtet (Gutachten vom 7. Dezember 2017; Dr. med. P.____, Allgemeine Innere Medizin; Dr. med. Q.____, und Dr. med. R.____, Neurologie; Dr. med. S.____, Psychiatrie und Psychotherapie; Dipl. psych. T.____, Neuropsychologie; Untersuchungen 6., 9. und 29. November 2017; IV-act. 234 f.). Die neurologischen Gutachter diagnostizierten ein chronisches Kopfschmerzsyndrom mit diffusen Schwindelbeschwerden und visuellen Symptomen unklarer Ursache bei möglicher idiopathischer intrakranieller Hypertension bei mehrfach dokumentiertem erhöhtem Liquoreröffnungsdruck (IV-act. 235-57). Unter dessen Berücksichtigung sei die Arbeitsfähigkeit seit Ende Mai 2015 aus rein neurologischer Sicht in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sowie in jeglicher angepasster Tätigkeit durch erhöhten



St.Galler Gerichte

Pausenbedarf um 20 % eingeschränkt (IV-act. 235-58). Aus psychiatrischer Sicht wurde festgehalten, es liege eine Aggravation vor, die entsprechend in der Gesamtbeurteilung berücksichtigt werde (IV-act. 235-47, 62). Die diagnostizierten akzentuierten Persönlichkeitszüge mit abhängigen und demonstrativen Anteilen (ICD-10:Z73.1), differenzialdiagnostisch: kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0), und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 235-48 f.). Die neuropsychologische Gutachterin befand im Wesentlichen, die Testergebnisse seien nicht mit einer authentischen Gedächtnisstörung zu vereinbaren und wiesen auf eine bewusste Aggravation oder Simulation kognitiver Beeinträchtigungen hin (IV-act. 234-8 ff.).

A.j. RAD-Arzt U.___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nahm am 8. Dezember 2017 Stellung, aus versicherungsmedizinischer Sicht könne trotz der Hinweise auf eine offensichtliche Aggravation vollumfänglich auf das polydisziplinäre Gutachten abgestellt werden (IV-act. 236).

A.k. Die IV-Stelle wies mit Mitteilung vom 8. Dezember 2017 das Gesuch um berufliche Massnahmen ab. Gemäss dem polydisziplinären Gutachten bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %. Weitere berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt (IV-act. 239). Mit Vorbescheid vom 4. Januar 2018 gewährte sie dem Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung hinsichtlich Rente (IV-act. 245). Mit Einwand vom 5. Januar 2018 machte dieser im Wesentlichen geltend, auf das Gutachten der medexperts AG sei aus verschiedenen Gründen nicht abzustellen. Es nehme Bezug auf das Vorgutachten der PMEDA. Eine Beschwerde (richtig wohl: Einsprache) gegen die Einstellung der Taggeldzahlungen des Krankentaggeldversicherers sei indes gutgeheissen worden. Er sei am 7. September 2016 im Auftrag des Krankentaggeldversicherers durch Dr. O.___ neurologisch begutachtet worden. Dieser Bericht sei nicht in den IV-Akten und durch die medexperts-Gutachter nicht berücksichtigt worden. Sodann hätten sie seine Beschwerden nicht ernst genommen und teilweise nicht angegeben (z. B. Schwindel; IV-act. 248).

A.l. Der Bericht von Dr. O.___ sowie der Einwand wurden den Gutachtern zur Stellungnahme vorgelegt, worauf sowohl Dipl. psych. T.___ als auch der neurologische



Gutachter Dr. Q.____ verneinten, dass diese an der gutachterlichen Beurteilung etwas änderten bzw. dass sich daraus neue fallrelevante Aspekte ergäben (Stellungnahmen Dipl. psych. T.____ vom 20. Februar 2018, IV-act. 252-4 ff., und Dr. Q.____ vom 13. März 2018, IV-act. 252-1 ff.). Zu diesen Stellungnahmen und zu einem Bericht der Augenklinik des KSSG vom 6. März 2018, wonach (nach wie vor) keine Stauungspapille vorliege (IV-act. 255), nahm RAD-Arzt U.____ am 19. März 2018 im Wesentlichen Stellung, die Gutachter erklärten plausibel und nachvollziehbar, warum der vom Versicherten vorgebrachte Einwand und das nachträglich vorgelegte Gutachten von Dr. O.____ nichts an ihrer gutachterlichen Beurteilung änderten. Aus augenärztlicher Sicht seien keine Befunde objektivierbar, welche eine verminderte Arbeitsfähigkeit begründen würden. Das Fehlen einer Stauungspapille stelle die Diagnose einer intrakraniellen Hypertension in Frage (IV-act. 256).

A.m. Der Versicherte nahm am 17. April 2018 im Wesentlichen Stellung, dass die Diagnose einer idiopathischen intrakraniellen Hypertension bei ihm nicht vorliege, sei aus medizinischer und juristischer Sicht falsch. Der Schluss auf Aggravation widerspreche den Aussagen der Neuropsychologin des KSSG vom 14. November 2016 (vgl. IV-act. 192) und von Dr. O.____ und sei unbegründet (IV-act. 261). Im beigelegten Arztbericht von Dr. N.____ vom 10. April 2018 führte dieser aus, üblicherweise würden Kopfschmerzen mit einer Arbeitsunfähigkeit zwischen 20 % und 50 % bewertet. Als behandelnder Arzt schätze er die Leistungsfähigkeit des Versicherten auf 50 % (IV-act. 261-5 ff.). RAD-Arzt U.____ nahm am 27. April 2018 Stellung, das Schreiben von Dr. N.____ enthalte keine neuen Befunde oder weise auf einen neuen Sachverhalt hin, der den Gutachtern der medexperts AG nicht bekannt gewesen wäre. Die Arbeitsunfähigkeitseinschätzung der Gutachter weiche nicht von der üblicherweise attestierten Arbeitsunfähigkeit ab. Aus den aktuellen Unterlagen ergäben sich keine neuen fallrelevanten Aspekte. Von einer weiteren medizinischen Abklärung seien keine neuen Ergebnisse zu erwarten (IV-act. 262).

A.n. Mit Verfügung vom 23. Juli 2018 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab. Gemäss Gutachten bestehe in der letzten Beschäftigung und in jeder anderen geeigneten Tätigkeit eine rentenausschliessende Arbeitsfähigkeit von 80 %. Das Gutachten von Dr. O.____ sei einverlangt und durch den RAD überprüft worden. Auch der in der zweiten Anhörung eingereichte Bericht von Dr. N.____ sei durch den RAD



gesichtet und ausgewertet worden. Demnach könne an der gutachterlich ausgewiesenen Arbeitsfähigkeit von 80 % festgehalten werden (IV-act. 271).

B.

B.a. Gegen die Verfügung vom 23. Juli 2018 erhebt A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. G. Calan, am 14. September 2018 Beschwerde (act. G 1), welche er am 4. Dezember 2018 ergänzend begründet (act. G 9). Er beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen aufzuheben und die Angelegenheit sei zur Einholung eines polydisziplinären Gutachtens und Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Weiter sei ihm die unentgeltliche Rechtspflege und unentgeltliche Rechtsverteidigung zu gewähren. Die Beschwerdegegnerin habe sich mit den Vorbringen seines Einwands gar nicht bzw. viel zuwenig auseinandergesetzt. Der Verweis auf die RAD-Stellungnahme vom 27. April 2018 genüge der Begründungspflicht nicht, zumal diese die Einschätzung der Beschwerdegegnerin nicht ersetzen könne. Die angefochtene Verfügung sei allein schon deswegen aufzuheben. Es sei schwer nachvollziehbar, wie die Beschwerdegegnerin beim vorliegenden Beschwerdebild auf einen Invaliditätsgrad von bloss 20 % komme. Sie hätte ein weiteres Gutachten bei einer MEDAS einholen müssen, denn nur diese gälten als unabhängig. Die angefochtene Verfügung sei aufgrund einer ungenügenden Sachverhaltsermittlung erlassen worden. Dr. N.____ habe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert. Die Beschwerdegegnerin hätte sich mit dieser Einschätzung befassen bzw. sie berücksichtigen müssen; es sei von dieser auszugehen. Vor dem Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung habe er einen mit Abstand überdurchschnittlichen Verdienst erzielt, so dass eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen vorzunehmen sei und ein Invaliditätsgrad von 41 % resultiere. Somit habe er Anspruch auf eine Viertelsrente. Die Stellungnahme der Gutachter vom 13. März 2018 gehe nicht eingehend auf den Bericht von Dr. O.____ ein, vielmehr werde versucht, ihre Diagnose mit Pauschalisierungen in Misskredit zu bringen. Die Beschwerdegegnerin berufe sich zu Unrecht auf offenbar überholte Diagnosekriterien. Zudem unterstelle ihm das MEDAS-Gutachten ohne jegliche Beweise Aggravation.



B.b. Mit Beschwerdeantwort vom 21. Januar 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Die angefochtene Verfügung erfülle die Mindestanforderungen an die Begründungspflicht. Der Einschätzung der MEDAS als spezialisierte Gutachterstelle komme grosses Gewicht zu. Der polydisziplinäre Ansatz gewährleiste, dass eine Gesamtbetrachtung stattfinde. Das Gutachten der medexperts AG sei ausführlich und dessen Schlussfolgerungen und Arbeitsfähigkeitsschätzung seien in jeder Hinsicht nachvollziehbar. Zum Gutachten von Dr. O.____ habe die medexperts AG in den Schreiben vom 13. März und 20. Februar 2018 ausführlich und schlüssig Stellung genommen. Auch habe Dr. O.____ festgehalten, dass die Arbeitsfähigkeit ohne neuropsychologische Untersuchung nicht festgelegt werden könne. Im Gegensatz zu den behandelnden Ärzten habe die medexperts AG zu Recht das inkongruente bzw. sogar aggravatorische Verhalten berücksichtigt und die Arbeitsfähigkeitsschätzung ausschliesslich auf die objektivierbare Befundlage abgestützt. Der RAD habe nachvollziehbar festgehalten, dass die Ausführungen von Dr. N.____ das Gutachten nicht zu erschüttern vermöchten. Dr. N.____ habe keine eigene Arbeitsfähigkeitsschätzung vorgenommen, weshalb sich der Beschwerdeführer von vornherein zu Unrecht auf seinen Bericht berufe. Im Weiteren sei der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Stellung überwiegend zugunsten ihrer Patienten aussagen würden. Die Berichte der den Beschwerdeführer behandelnden Ärzte enthielten keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet seien, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen, weshalb ohne Abstriche auf das Gutachten der medexperts AG abzustellen sei. Diese habe die geltend gemachten Einschränkungen des Beschwerdeführers ausführlich und widerspruchsfrei abgeklärt. Weil der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit als Küchenplaner zu 80 % arbeitsfähig sei, könne der Invaliditätsgrad mit einem so genannten Prozentvergleich bestimmt werden; es seien nicht die Tabellenlöhne heranzuziehen. Dieser betrage somit 20 %. Demnach habe der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine IV-Rente (act. G 12).

B.c. Am 5. Februar 2019 bewilligt die Abteilungspräsidentin die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten, unentgeltliche Rechtsverteidigung; act. G 14).



B.d. Die Beschwerdegegnerin verzichtet stillschweigend auf eine Duplik (act. G 16).

Erwägungen

1.

1.1. In formeller Hinsicht rügt die Beschwerdeführerin eine Verletzung der aus dem Anspruch auf die Gewährung des rechtlichen Gehörs fließenden Begründungspflicht. Der in Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101), in Art. 42 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) sowie in Art. 49 Abs. 3 ATSG festgeschriebene Anspruch auf rechtliches Gehör bzw. auf eine diesem genügende Begründung der Verfügung ist gewahrt, wenn die Begründung eine sachgerechte Anfechtung ermöglicht. Nicht erforderlich ist, dass sich die Verwaltung vorgängig mit jedem einzelnen Parteivorbringen einlässlich befasst (vgl. BGE 136 I 188 E. 2.2.1; Urteil des Bundesgerichts vom 10. Februar 2017, 8C_785/2016, E. 5.2; U. Kieser, Kommentar ATSG, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 42 Rz. 7, Art. 49 Rz 65 ff.).

1.2. Die angefochtene Verfügung verweist auf die RAD-Stellungnahmen vom 19. März 2018 (IV-act. 256) und vom 27. April 2018 (IV-act. 262), welche sich auf die nach dem ersten Einwand eingeholten Stellungnahmen der Gutachter (IV-act. 252), den Bericht der Augenklinik des KSSG vom 6. März 2018 (IV-act. 255) und den Bericht von Dr. N.____ vom 10. April 2018 (IV-act. 261-5 ff.) beziehen. Sämtliche Stellungnahmen lagen dem Beschwerdeführer vor, so dass ihm eine sachgerechte Anfechtung möglich war, auch wenn deren Inhalt in der angefochtenen Verfügung nicht nochmals wiedergegeben wurde. Mithin hat die Beschwerdegegnerin die Begründungspflicht nicht verletzt.

2.

Streitgegenstand bildet der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

2.1. Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind



ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2. Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6, BGE 141 V 289 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C_1/2016, E. 4.3). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C_350/2017, E. 5.4, und vom 27. März 2015, 8C_673/2014, E. 5.1.1; BGE 143 V 427 E. 6). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen) sowie psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 141 V 281 und BGE 143 V 428, E. 7.1). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.).

2.3. Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

2.4. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte



Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

2.5. Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). In beweisrechtlicher Hinsicht gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

3.

3.1. Zu erörtern ist zunächst, inwieweit beim Beschwerdeführer ein die Erwerbsfähigkeit einschränkender Gesundheitsschaden objektivierbar ist.

3.2. Beim Beschwerdeführer wurde zwischen dem 2. Juni 2015 und dem 16. September 2016 insgesamt sieben Mal eine Lumbalpunktion durchgeführt. Dabei wurde (mit einer Ausnahme) jeweils ein Liquordruck zwischen 25 und 30 cm H₂O gemessen, wobei Werte über 25 cm H₂O als pathologisch gelten (vgl. Bericht Dr. N.____



vom 20. Dezember 2016, IV-act. 195; Abstractheft Symposium Idiopathische intrakranielle Hypertension vom 7. Oktober 2017, S. 7 [IV-act. 261-15]). Der Beschwerdeführer berichtete jeweils über deutliche, jedoch nur kurzfristige Beschwerdebesserungen (Arztbericht Dr. N.____ vom 3. März 2016 [Eingang], IV-act. 158-3; Berichte Klinik/Tagesklinik für Neurologie KSSG vom 11. November 2015, IV-act. 196-2, vom 11. Februar 2016, IV-act. 201-2, vom 15. April 2016, IV-act. 188-2, vom 23. Juni 2016, IV-act. 178-7, und vom 23. September 2016, IV-act. 197). Der Beschwerdeführer klagt über Verschwommensehen, und im augenärztlichen Befund werden unter anderem konzentrische Gesichtsfeldeinschränkungen beschrieben, die durch eine okuläre Pathologie bzw. durch die ophthalmologischen Befunde nicht erklärbar seien. Eine Stauungspapille konnte ausgeschlossen werden (Berichte Augenklinik KSSG vom 6. März 2018, IV-act. 255, und vom 5. Januar 2016, IV-act. 254). Letztere bildet je nach angewandten Diagnosekriterien Voraussetzung der Diagnose einer idiopathischen intrakraniellen Hypertension, wobei beim Beschwerdeführer gemäss dem neurologischen Teilgutachten der medexperts AG die Kriterien der internationalen Kopfschmerzgesellschaft erfüllt sind (IV-act. 235-56 f.; vgl. auch damit übereinstimmend Bericht Dr. O.____ vom 23. September 2016, Fremdakten, act. 2-8 f.). Die geklagten Beschwerden sind mit einer idiopathischen intrakraniellen Hypertension vereinbar und in ihrer Gesamtheit nicht einer anderen Diagnose zuzuordnen. Dass die Gesichtsfeldausfälle aus augenärztlicher Sicht nicht erklärbar seien, schliesst die Diagnose (gerade) nicht aus, da der erhöhte Liquordruck eine dem neurologischen Fachgebiet zuzuordnende (mögliche) Ursache darstellt und eine andere Ursache für die Sehbeschwerden nicht festgestellt werden konnte. Für die Verursachung der geklagten Beschwerden durch den Liquorüberdruck spricht insbesondere der Beschwerderückgang jeweils nach erfolgtem Liquorablass (IV-act. 235-56). Die für einen invalidisierenden Gesundheitsschaden vorausgesetzte fachärztliche Diagnose nach einem anerkannten Klassifikationssystem - jenem der internationalen Kopfschmerzgesellschaft - liegt demnach trotz fehlender Stauungspapille vor. Der neurologische Gutachter berücksichtigt sie und die daraus abgeleiteten Beschwerden einschliesslich des Schwindels, auch wenn er als Diagnose ein "chronisches Kopfschmerzsyndrom mit diffusen Schwindelbeschwerden und visuellen Symptomen, unklarer Ursache bei möglicher idiopathischer intrakranieller Hypertension bei mehrfach dokumentiertem, Liquoreröffnungsdruck" formuliert (IV-act. 235-57; vgl. auch Stellungnahme vom 13. März 2018, IV-act. 252). Massgebend ist nicht die Diagnose, sondern die durch den diagnostizierten Gesundheitsschaden verursachten Beschwerden (Urteil des Bundesgerichts vom 27. März 2015, 8C_673/2014, E. 5.1.1). Insofern erweist sich die gutachterliche Diagnostik als vollständig.



3.3. Eine andere Frage ist, inwieweit die Diagnosekriterien objektivierbar sind. Zu Recht wird angeführt, bezüglich der Intensität der Kopfschmerzen bzw. deren Besserung nach Liquorablass könne ausschliesslich auf die Aussagen des Beschwerdeführers abgestellt werden (neurologisches Gutachten, IV-act. 235-56; Stellungnahme Dr. N.____ vom 10. April 2018, IV-act. 261-5 ff.). RAD-Arzt U.____ wies in seiner Stellungnahme vom 19. März 2018 darauf hin, dass dies auch für die augenärztlichen Befunde gelte, da sowohl die Testung des Visus als auch die Gesichtsfeldmessung auf subjektiven Angaben des Patienten beruhen (IV-act. 256). Nicht durch einen Nystagmus objektivierbar war sodann der beklagte Schwindel (vgl. Berichte von Dr. K.____ vom 1. Juni 2015, Fremdakten, act. 1-26, und von Dr. L.____, Fremdakten, act. 1-24 f.). Somit kann festgehalten werden: Objektiviert ist beim Beschwerdeführer ein erhöhter Liquordruck. Zudem beklagt er mit Kopfschmerzen, Schwindel und Sehstörungen sowie kognitiven Problemen Beschwerden, die dadurch verursacht sein können. Zu den Sehstörungen ist anzumerken, dass deren Feststellung zwar ausschliesslich auf Aussagen des Beschwerdeführers beruhen; eine bildgebend darstellbare Stauungspapille fehlt. Eine bewusste Verfälschung der augenärztlichen Befunde würde aber wohl vertiefte Kenntnisse der medizinischen Zusammenhänge und Untersuchungsmethoden erfordern.

3.4. Zusammenfassend ist gestützt auf die Ergebnisse des neurologischen Gutachtens von der Diagnose einer idiopathischen intrakraniellen Hypertension auszugehen. Da sich jedoch die Schwere der Auswirkungen ausschliesslich durch Aussagen des Beschwerdeführers beurteilen lassen, ist die Arbeitsfähigkeit auch nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens anhand der Standardindikatoren zu bestimmen.

4.

4.1. Der Beschwerdeführer beschreibt anhaltende starke, drückende Kopfschmerzen mit einer Intensität von bis zu 9 von 10 Stufen auf der visuellen Analogskala (VAS). Daneben leide er unter kommandem und gehendem Schwindel und unscharfem, verschwommenem Sehen und etwas schräg versetzten Doppelbildern bei Anstrengung der Augen (IV-act. 235-51). Sodann klagt er über Gangunsicherheiten, rasche Ermüdbarkeit, Konzentrationsminderung und gelegentliche Gleichgewichtsstörungen (IV-act. 235-40). Durch die Beschwerden sei er in allen Bereichen sehr eingeschränkt. Er könne im Haushalt praktisch nichts machen und liege bis auf die Mahlzeiten und kurze Spaziergänge den ganzen Tag (IV-act. 235-43). Ausflüge in den Wald seien nur noch ab und zu möglich, danach müsse er den ganzen Tag liegen. Zweimal in der Woche betreibe er Amateurfunk. Nach zehn Minuten müsse er allerdings eine Pause einlegen. Autofahren sei zu anstrengend, bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel



habe er Probleme mit dem Fahrplanlesen (IV-act. 235-46). Fernsehen und Lesen sei nicht möglich, er sehe nach fünf Minuten nichts mehr. Er treffe sich nur noch mit wenigen Kollegen kurze Zeit, da er sich nicht konzentrieren könne und rasch ermüde (IV-act. 235-38 f., 52). Die Stimmung sei in etwa immer gleich, ab und zu habe er Tiefs, "verleide" es ihm wegen der dauernden Kopfschmerzen. Er sei weniger belastbar als früher und neige dazu, reizbar zu werden, wenn die Kinder ihn anstregten. Manchmal benötige er länger, um zu erfassen, was seine Ehefrau ihm sage (IV-act. 235-42 f.). Ähnlich starke Beschwerden schilderte der Beschwerdeführer auch anlässlich der PMEDA-Begutachtung (vgl. Fremdakten, act. 1-9 ff.) und der vertrauensärztlichen Untersuchung durch Dr. O.____, wo Müdigkeit und kognitive Probleme stärker hervorgehoben wurden (vgl. Fremdakten, act. 2-4 f., 8 f.). Dr. O.____ stellte im Laufe ihrer Untersuchung deutliche Ermüdungserscheinungen, insbesondere eine psychomotorische Verlangsamung, fest (Bericht vom 23. September 2016, Fremdakten, act. 2-8 f.). Die psychiatrische Gutachterin führte aus, der Beschwerdeführer habe keine Beeinträchtigung bei der Anpassung an Regeln und Routinen, der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, des Durchhaltevermögens, der Kontaktfähigkeit zu Dritten und Gruppenfähigkeit und der Fähigkeit zu Spontanaktivitäten. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei leicht beeinträchtigt - der Beschwerdeführer sei teilweise dysphorisch. Kaum Probleme beschreibe er in der Beziehung zu seiner Ehefrau und den Kindern (IV-act. 235-48). Selbstpflege, Kleidung und Sauberkeit seien angemessen. Die Verkehrsfähigkeit sei vorhanden - der Beschwerdeführer fahre selber Auto (IV-act. 235-49). Letzteres widerspricht indes seiner Aussage (IV-act. 235-46, siehe auch Bericht Dr. O.____ vom 23. September 2016, Fremdakten, act. 2-5), die aufgrund der Gesichtsfeldeinschränkung als plausibel erscheint. Von Seiten der Persönlichkeit fanden sich in der psychiatrischen gutachterlichen Untersuchung Hinweise auf abhängige und demonstrative Anteile im Sinne von akzentuierten Persönlichkeitszügen, differenzialdiagnostisch sei auch an eine kombinierte Persönlichkeitsstörung zu denken (IV-act. 235-47). Eine abhängige Persönlichkeitsstörung wurde bereits anlässlich der Abklärung durch die Kantonalen Psychiatrischen Dienste diagnostiziert (Bericht vom 25. Mai 1999, IV-act. 60). Nachdem sie den Beschwerdeführer jedoch nicht daran hinderten, die Ausbildung zum Apparatemonteur erfolgreich zu bestehen, erscheint nachvollziehbar, dass sie die Arbeitsfähigkeit nicht (mehr) massgeblich beeinträchtigt (vgl. IV-act. 235-47). Als Komorbidität diagnostiziert die psychiatrische Gutachterin eine Schmerzverarbeitungsstörung im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (IV-act. 235-47). Da der Beschwerdeführer gemäss eigener Aussage



nach Liquorablass jeweils für kurze Zeit mehr oder weniger beschwerdefrei war, sind die Schmerzen teilweise der idiopathischen intrakraniellen Hypertension zuzuschreiben. Als Ressource verfügt der Beschwerdeführer über ein positives familiäres Umfeld. So berichtet er, seine Ehefrau mache ihn gleich darauf aufmerksam, wenn er wütend werde. Die Beziehung zu ihr sei nach wie vor recht gut. Für sie sei sehr anstrengend, dass er extrem vergesslich sei (IV-act. 235-42 f.). Die sozialen Beziehungen sind nach seinen Angaben eingeschränkt. Die aktuelle Behandlung umfasst die Medikamente Diamox und Ibuprofen. Der Beschwerdeführer gibt an, unter Diamox habe sich der Zustand leicht gebessert, sei aber immer noch einschränkend (IV-act. 235-40). Helfen würden die Medikamente nicht wirklich (IV-act. 235-42). Die seit einem Jahr im Schmerzzentrum durchgeführte Therapie zeitige bisher keinen nennenswerten Effekt. Therapien mit einem Blutdrucksenker und mit Amitryptilin (Saroten; www.compendium.ch) seien wegen Kreislaufbeschwerden bzw. fehlender Wirkung wieder beendet worden (IV-act. 235-51). Dr. N.____ führte im Bericht vom 21. Juni 2016 aus, sowohl medikamentöse Massnahmen als auch rezidivierende Liquorpunktionen hätten nicht zu einer befriedigenden Symptomminderung geführt, so dass grössere neurochirurgische Massnahmen zu evaluieren seien (ventriko-peritonealer oder lumboperitonealer Shunt; IV-act. 178). Auch Dr. O.____ sah eine klare Indikation für eine neurochirurgische Behandlung (VP-Shunt). Sie vermerkte, der Beschwerdeführer sei bisher gegenüber sämtlichen interventionellen Behandlungen (zum Teil sehr belastende Lumbalpunktionen) aufgeschlossen und bezüglich einer potentiellen neurochirurgischen Behandlung sehr motiviert (Bericht vom 23. September 2016, Fremdakten, act. 2-10). Dr. N.____ hielt am 20. Dezember 2016 dann aber fest, ein VP-Shunt scheine aufgrund des in der Literatur eher mässigen Ansprechens auf die Kopfschmerz-Symptomatik noch nicht gerechtfertigt. Allenfalls käme dieser Eingriff bei einer drohenden Erblindung in Betracht (IV-act. 195). Im Bericht des Schmerzzentrums des KSSG vom 27. März 2017 wurde ausgeführt, in Anbetracht der bereits erfolgten frustranen Therapiemassnahmen mit Ausschöpfen der medikamentösen Therapie bleibe lediglich ein multimodaler Ansatz, um Lebensqualität und Alltagsfunktion zu verbessern, sobald die Alltagsperformance die Therapie zulasse (IV-act. 209).

4.2. Die neuropsychologische Gutachterin befand im Wesentlichen, die weit unter dem Niveau hospitalisierter Demenzpatienten im fortgeschrittenen Stadium liegenden Testergebnisse seien nicht mit einer authentischen Gedächtnisstörung zu vereinbaren und wiesen auf eine bewusste Aggravation oder Simulation kognitiver Beeinträchtigungen hin. Aufgrund der verminderten Kooperationsbereitschaft habe kein gültiges Testprofil erhalten werden können (IV-act. 234-8 ff.). Es wurden zwei Beschwerdevalidierungstests durchgeführt, die auf unzureichende Anstrengung bzw.



darauf hinwiesen, dass der Beschwerdeführer ungewöhnliche Beschwerden angebe, die in dieser Ausprägung und Häufung nicht typisch seien für authentische Störungen. Sämtliche Parameter der formalisierten Beschwerdevalidierung seien hoch auffällig, in sich nicht konsistent und zum Teil im Zufallsbereich (IV-act. 234-8 f.). Die gezeigten Minderleistungen seien als nicht-authentische neuropsychologische Störungen einzuordnen. Ob authentische kognitive Störungen vorhanden seien, könne aufgrund der eingeschränkten Mitwirkung des Beschwerdeführers nicht bestimmt werden (IV-act. 234-10). Die psychiatrische Gutachterin führte hierzu aus, die neuropsychologische Voruntersuchung vom 14. November 2016 sei versicherungsmedizinisch nicht verwertbar, da damals keine Überprüfung der Anstrengungsbereitschaft mittels erprobter Verfahren erfolgt sei und eine bewusste Selbstlimitierung bei angestrebtem Krankheitsgewinn nicht ausgeschlossen werden könne. Es bestünden deutliche Inkonsistenzen im Vergleich zu den Vorbefunden. So zeigten sich aktuell Leistungsdefizite in Bereichen, welche in der Voruntersuchung als unauffällig angegeben worden seien, und umgekehrt unauffällige Leistungen in Bereichen, welche im Vorbericht als beeinträchtigt beschrieben worden seien. Diese Inkonsistenzen seien am ehesten auf eine schwankende Leistungsbereitschaft in der Testung zurückzuführen und bei nicht authentischen Störungen sehr häufig anzutreffen (IV-act. 235-47).

4.3. Die Gutachter haben die geklagten Beschwerden, die vorhandenen Akten und die massgeblichen Standardindikatoren angemessen berücksichtigt. Insbesondere aus den nach Erstattung des Gutachtens eingegangenen medizinischen Berichten ergeben sich keine objektiven Aspekte, welche die Gutachter nicht berücksichtigt haben. Im neuropsychologischen Bericht vom 14. November 2016 werden keine Beschwerdevalidierungstests oder Überlegungen zur Konsistenz der Testergebnisse aufgeführt (vgl. IV-act. 192-3 ff.), so dass diese Beurteilung das neuropsychologische medexperts-Gutachten nicht in Frage stellt. Der neurologische Gutachter führt aus, insgesamt könne das Ausmass der beklagten Beschwerden (mit als "massiv" beschriebenen Leidensdruck und unmittelbarer, deutlicher Beschwerdeprogression bei bereits geringster körperlicher Aktivität und Lesen eines Buches) anhand der vorliegenden, wenngleich auch objektivierbaren Befunde und auch hinsichtlich des insgesamt nicht schmerzgeplagten Eindrucks über den Zeitraum der Exploration, letztlich nicht gänzlich nachvollzogen werden. Diesbezüglich sei eine Symptomausweitung und möglicherweise auch Chronifizierung durch eine gewisse nicht-organische Krankheitskomponente mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen (IV-act. 235-57). Damit sagt er zum einen aus, dass das Ausmass der geklagten Beschwerden nicht durch den erhöhten Liquordruck erklärbar sei. Zum anderen



konstatierte auch er einen nicht zu den geschilderten Beschwerden passenden Eindruck des Beschwerdeführers. Die psychiatrische Gutachterin erfasste die vom neurologischen Experten erwähnte nicht-organische Krankheitskomponente nachvollziehbar als Schmerzverarbeitungsstörung im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4; IV-act. 235-47 f.). Sie legte weiter dar, die geschilderte Schmerzproblematik sei emotional nur wenig nachvollziehbar. Der Leidensdruck sei subjektiv hoch. Insgesamt wirke der Beschwerdeführer etwas hilflos und über Schmerzen klagend, ohne dass dies in der Gegenübertragung spürbar sei. Konzentration und Aufmerksamkeit seien während des einstündigen Gesprächs unauffällig gewesen (IV-act. 235-44). Sowohl klinisch als auch neuropsychologisch gebe es eindeutige Hinweise auf Diskrepanzen und Widersprüche im Sinne einer Aggravations- und Simulationsneigung. Daher habe die somatoforme Schmerzstörung keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 235-48). Zwar spricht für einen hohen Leidensdruck, dass der Beschwerdeführer wegen lediglich einigen Tagen Beschwerdereduktion die unangenehmen Lumbalpunktionen auf sich nimmt und einer neurochirurgischen Operation gegenüber nicht abgeneigt wäre (vgl. Bericht Dr. O.____ vom 23. September 2016, Fremdakten, act. 2-2 ff., und Stellungnahme RAD-Arzt U.____ vom 8. Dezember 2017, IV-act. 236). Insgesamt liegen dennoch Inkonsistenzen vor, die einem stimmigen Gesamtbild entgegenstehen und bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen sind.

4.4. Dr. N.____ führte am 10. April 2018 aus, üblicherweise würden Kopfschmerzen die Arbeitsfähigkeit zwischen 20 % und 50 % einschränken. Strittig bleibe die Diskrepanz zwischen der subjektiv angegebenen völligen Arbeitsunfähigkeit und den objektivierbaren Befunden. Insbesondere zeige auch die neuropsychologische Testung diverse Inkonsistenzen mit Ergebnissen auf Zufallsniveau. Seines Erachtens liege die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers bei etwa 50 %. Als behandelnder Arzt bewerte er die Arbeitsunfähigkeit am oberen Ende (IV-act. 261-6 f.). Im am 3. März 2016 bei der Beschwerdegegnerin eingetroffenen Arztbericht hatte er festgehalten, aufgrund der chronischen Kopfschmerzen sei der Versicherte nicht voll leistungsfähig. Es bestehe ein vermehrter Pausenbedarf. Die Konzentrationsfähigkeit sei eingeschränkt durch die chronischen Kopfschmerzen. Es könne ein 50 % bis 80 %-iges Gesamt-Pensum aufrecht erhalten werden bei jedoch reduzierter Leistungsfähigkeit und vermehrtem Pausenbedarf, so dass letztlich eine auf etwa 50 % reduzierte Arbeitsfähigkeit resultiere (IV-act. 158). Dr. N.____ hat demnach - aus der Warte eines behandelnden Arztes verständlich - die Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht angepasst, nachdem ihm die von den Gutachtern erhobenen Inkonsistenzen bekannt



wurden. Somit ist für das Gericht die gutachterliche Attestierung einer 80 %-igen Arbeitsfähigkeit gut nachvollziehbar und es ist darauf abzustellen.

5.

Gemäss Gutachten ist der Beschwerdeführer in der Lage, die bisherige Tätigkeit mit einer Arbeitsfähigkeit von 80 % weiterhin auszuüben. Daher ist der Invaliditätsgrad nicht aufgrund eines statistischen Invalideneinkommens, sondern durch einen Prozentvergleich zu ermitteln (Urteile des Bundesgerichts vom 13. Januar 2012, 9C_599/2011, E. 4.1, vom 13. Juni 2017, 9C_576/2016, E. 5, und vom 27. September 2017, 8C_295/2017, E. 6.5). Somit ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 80 %, der keinen Rentenanspruch begründet.

6.

6.1. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

6.2. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind die Gerichtskosten vollumfänglich aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien.

6.3. Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Kostennote eingereicht. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers pauschal mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

6.4. Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen



Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit.

3.

Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteistandung mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).